

# 新光護理教育獎助學金申請表

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院及新光相關基金會

申請日期： 年 月 日

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 年 月 日	年 月 日	兩吋相片 (三個月近照)
身分證 字號			e-mail			
電話	行動電話： (H)：( )		學制	<input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 五專		
家長		關係			聯絡電話	
戶籍 地址	□□□					
通訊處	<input type="checkbox"/> 同上 □□□					
就讀學校 (全名)				實習 醫院		
科系 年級				申請人 簽名		
學校聯 絡人				聯絡方式	電話： e-mail：	
檢 附 文 件						
<input type="checkbox"/> 身分證、學生證影本(正反兩面)各二份。 <input type="checkbox"/> 各學期成績單正本或影本加蓋關防乙份。 <input type="checkbox"/> 自傳(內容需一千字以上，含成長過程、求學經歷、在校表現及未來生涯規劃等)。 <input type="checkbox"/> 銀行帳戶存摺影本乙份(匯款用 限本人)。 <input type="checkbox"/> 匯款同意書暨領款收據。 <input type="checkbox"/> 選項：導師推薦函。 <input type="checkbox"/> 選項：特殊專長及具體事蹟證明文件。						
審核意見(校方初審)				審查意見(複審)		
<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 意見：				<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 意見：		
審查： 護理科系所主任簽章：				醫院審查：		

# 自 傳

姓名：

學校：

## 一、成長過程及自我描述(家庭背景、個性、優缺點、興趣專長、社交活動等)


## 二、求學經歷


## 三、在校期間表現


## 四、未來生涯規劃


## 五、其他


※格式可自行調整